

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911
—

THÈSE

N°
—

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Paul BARBONI

TORSION DE L'ÉPIPLOON

Président : M. le Professeur PAUL SEGOND

PARIS

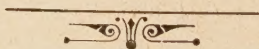
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1911

Sur le point de finir nos études médicales, nous nous empressons de remplir un devoir, agréable entre tous ; celui d'adresser à NOS MAITRES DES FACULTÉS ET DES HOPITAUX DE TOULOUSE ET DE PARIS, si distingués et si dévoués, l'expression émue de notre respectueuse et profonde reconnaissance.

Que M. le Professeur SEGOND soit assuré de notre vive gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.



A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE REGRETTÉE

A LA MÉMOIRE DE MA JEUNE SOEUR MATHILDE

A MA GRAND-MÈRE, A MON PÈRE,

A TOUS MES PARENTS AIMÉS

Faible hommage d'une affection inaltérable.

AUX FAMILLES GARON ET MORACCHINI

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR PAUL SECOND

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

TORSION DE L'ÉPIPLOON

HISTORIQUE

En 1907, M. Lejars, montrant que le bilan de cette affection s'élevait à 66 observations pouvait dire que ce n'est plus un accident exceptionnel, une curiosité rare. Aussi M. Jaboulay, dans le « Traité des Hernies », a-t-il fait sa vraie place à l'omento-volvulus.

La plus ancienne observation, celle de Pierre de Marchettis, remonte à 1858 (Recueil d'observations rares de chirurgie et de médecine). Puis parurent celles de M. Oberst en 1882, et celle de Demons, en 1893 (1^{re} observation française).

En 1900, eurent lieu à ce sujet des discussions à la Société de chirurgie, puis, les cas se multiplient avec les observations de MM. Broca, Rudel, Tuffier, Walther, Morestin, Noble, Riedel, etc., etc., et les thèses de MM. Brunet, Martmaud, Roche, Giraudeau, Fousseng (1908).

De nombreux travaux ont étudié l'omento-volvulus, en France, et en tête nous devons citer le magistral article de M. Lejars (Semaine Médicale du 13 février 1907), qui eut le premier l'honneur de diagnostiquer cette affection.

Dèjà, en 1904, dans la Revue de Gynécologie, M. Maucclair s'était occupé de la question et avait rapporté plusieurs

observations intéressantes avec étude histologique complète de la tumeur épiploïque, en même temps que le résultat de ses expériences.

A l'étranger, nous signalerons des travaux importants de Smythe (Surgery, gynecology and obstetric, oct. 1906), de Payr 1902, Rudlof 1903, de Riedel 1906, de Pretzsch 1906, de Schoenholzer 1909, de Litthauer (mars 1910).

Nous citerons les récentes observations de MM. Schoenholzer, Litthauer, Périer, Cernezzzi, Lance et Lemaître, Plisson, etc., etc., et celle très intéressante, que M. le docteur Thévenard a bien voulu nous céder. Au dernier moment nous apprenons que dans le service de M. le professeur Hartmann, deux malades viennent d'être opérés l'un pour une torsion intra-herniaire, l'autre pour un omento-volvulus abdominal.

DEFINITION

Il n'est guère possible de donner de l'omento-volvulus une définition ni anatomique car la torsion s'observe sur un épiploon qui a pris des dispositions variables, ni étiologique, vu les nombreuses causes provocatrices. On peut dire seulement avec M. Lejars: « qu'elle ne mérite plus son renom d'accident exceptionnel, qu'elle a ses signes, bien à elle, son évolution bien personnelle et qu'elle doit tenir place en clinique à côté des autres torsions abdominales aujourd'hui classiques. »

Nous ajouterons qu'à la base du processus de l'omento-volvulus on rencontre toujours l'*épiploïte*.

ETIOLOGIE

La torsion du grand épiploon (omento-volvulus ou Netz-torsion) n'est plus une affection bien rare, puisque, depuis 1882, 87 observations environ en ont été rapportées. Sa fréquence ira en croissant, puisque les cliniciens sont prévenus de sa possibilité ; on peut même dire avec M. Schœnholzer que sa rareté relative nous étonne, vu les causes nombreuses qui peuvent provoquer l'épiploïte et partant la torsion.

1° Causes prédisposantes :

a) La première place revient à la hernie dont nous étudierons plus loin le rôle pathogénique. Il s'agit toujours d'une épiplocèle inguinale, droite le plus souvent.

Nous comprenons pourquoi l'omento-volvulus s'observe en général à droite, et chez l'homme, puisque les hernies inguinales sont plus fréquentes, dans les mêmes conditions de sexe et de siège.

On le rencontre chez des gens assez âgés, porteurs d'une hernie ancienne datant de 10, 15, 20 ans, parfois chez les adultes (Chavannaz) ou chez des enfants (obs. Broca, 4 ans et demi), atteints d'une hernie congénitale.

L'épiplocèle peut manquer, il faut alors invoquer d'autres facteurs et d'une façon générale toutes les inflammations

et les tumeurs abdominales, kystes de l'ovaire, annexites, les épiploïtes post-opératoires, cancer de l'intestin, et aussi les tumeurs incluses dans l'épiploon lui-même : Kystes (Tuffier), sarcomes, etc. M. Schoenholzer a insisté sur le rôle de l'appendicite chronique dans les torsions dites spontanées.

2° Causes déterminantes.

Elles sont nombreuses, tous les traumatismes portant sur l'abdomen ; tous les efforts : courses prolongées en bicyclette, gymnastique, boxe et en particulier les tentatives de réduction de la hernie par le taxis.

En plus, il intervient certaines causes internes que nous examinerons ailleurs.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A). Épiploïte

La lésion fondamentale est l'épiploïte.

Etude macroscopique : Cette inflammation chronique aboutit à une augmentation de volume de l'épiploon qui s'épaissit et présente de gros noyaux d'épiploïte qui finissent par constituer, dans l'épaisseur de la membrane plissée et pelotonnée, des sortes de corps étrangers : des tumeurs lourdes et déclives (Lejars).

L'épiploïte entraîne secondairement des dispositions anatomiques variables.

Dans les cas de hernie, cette épiploïte a pour résultat la formation de deux tumeurs plus ou moins volumineuses : l'une intra-sacculaire, l'autre abdominale, se continuant par un pédicule mince intra-funiculaire.

Dans le cas d'épiploïte abdominale, une seule tumeur s'offre à l'examen.

Il est intéressant de noter que l'épiploon enflammé a pu contracter avec le voisinage des adhérences qui expliquent en partie certaines formes cliniques. Parmi ces adhérences, les unes sont récentes et secondaires à la torsion: citons, dans

l'observation de M. Thévenard, les adhérences très molles à la vessie et au Douglas.

Les autres sont anciennes et préexistant à la torsion : nous citerons à ce sujet, une disposition anatomique fréquente, résultat de l'adhérence de la partie basse intra-sacculaire de l'épiploon aux parois du sac herniaire : dans ce cas, l'épiploon est comme un voile tendu entre deux points, qui lui servent d'insertions, dont l'une supérieure, colique, est normale, dont l'autre inférieure est pathologique.

Mais ces adhérences peuvent être plus capricieuses dans leur disposition et se jeter au hasard sur les divers organes abdominaux ; dans l'observation de M. Thévenard, l'épiploon était adhérent à l'anneau inguinal interne ; le malade avait été opéré jadis pour un étranglement herniaire aigu et il en était résulté probablement une épiploïte post-opératoire, qui avait provoqué l'adhérence épiploïque.

Dans les observations de Trémolières, de Schœnholzer, de Payr, de Noble, de Lejars, les adhérences unissaient l'épiploon au gros intestin, à l'appendice, à un kyste de l'ovaire, à l'intestin grêle (adhérences qu'il fallait décoller avec prudence car les parois intestinales étaient un peu infiltrées et la tunique musculaire interne se serait effritée aisément) à la face postérieure de l'utérus, Lance.

B). Conséquences de la Torsion

La torsion, amenant une augmentation de volume des masses épiploïques, produit des lésions variables suivant le

degré de l'enroulement et les modifications de la circulation. Les phénomènes observés sont analogues à ceux produits à la suite de la torsion d'un kyste de l'ovaire.

La torsion est : 1° complète, 2° incomplète.

Dans l'étranglement incomplet, la circulation n'est pas totalement supprimée : les veines subissent avant les artères, les effets de la compression : une stase veineuse s'établit qui entraîne la congestion de la tumeur qui augmente de volume : alors se produisent les hémorragies intra-épiploïques, grâce à cette gêne circulaire et à la présence de thromboses veineuses. C'est alors que la congestion avec œdème prédomine et Lejars décrit ainsi la tumeur dans une de ses observations : « La tumeur épiploïque, dit-il, était d'un jaune clair maculé de taches noires, grosse comme les deux poings, épaisse, compacte, infiltrée de sang et semée de veines noires, thrombosées, à son centre, elle contenait du sang noir, liquide, épanché dans une sorte de cavité.

2° Dans la torsion complète, il y a arrêt brusque et total de la circulation dans la tumeur qui, n'étant plus nourrie, se gangrène. Le pédicule peut même se rompre et la masse épiploïque sphacélée, devenir libre dans la cavité abdominale : (Wiessinger).

Cependant la gangrène de l'épiploon est assez exceptionnelle parce que les vaisseaux entourés par leur manchon de graisse ne sont que très incomplètement comprimés et continuent à assurer partiellement la vitalité de l'organe. Cependant on trouvait une masse énorme gangrénée représentant toute la partie inférieure de l'épiploon (Demons).

Etude histologique : Bien que rarement faite, nous citerons les résultats de M. Cornil sur une pièce provenant du malade de Péraire : « S'y trouvaient, des lésions inflammatoires de la trame épiploïque, ayant débuté par une infiltration périvasculaire de cellules embryonnaires : lymphocytes, cellules conjonctives jeunes, mononucléaires pour la plupart, et ayant gagné de proche en proche les parties voisines ; de plus, quelques vaisseaux paraissaient oblitérés. »

Dans une observation d'omento-volvulus intra-herniaire. M. Maucclair constate : « qu'au-dessus du pédicule de torsion dans la partie de l'épiploon qui paraît saine, les noyaux cellulaires prennent tous une coloration violette par la thionine beaucoup plus distinctement que dans les parties sphacélées. On n'observe ni thromboses, hémorragies capillaires, mais le tissu conjonctif, qui entoure les vaisseaux et sépare les lobules graisseux, est épaissi. »

CLASSIFICATION

Nous diviserons les torsions du grand épiploon en deux grandes classes :

I. Torsions combinées à une hernie $\left\{ \begin{array}{l} \text{occupée} \\ \text{vide} \end{array} \right.$
et comprenant les variétés $\left\{ \begin{array}{l} 1^{\circ} \text{ intra-sacculaires} \\ 2^{\circ} \text{ abdominales} \\ 3^{\circ} \text{ en masse.} \end{array} \right.$

II. Torsions non combinées à une hernie
et que nous subdivisons $\left\{ \begin{array}{l} 1^{\circ} \text{ torsions primitives} \\ 2^{\circ} \text{ torsions secondaires.} \end{array} \right.$
en deux groupes :

PATHOGENIE

« Il n'y a pas de torsion de l'épiploon sans épiplôte ». Telle est la notion, que nous mettons bien en vedette, en tête de ce chapitre. L'épiploon, s'il a une tendance naturelle à l'enroulement, comme l'admet M. Jaboulay, ne se laisse pas tordre, sans revenir sur lui-même, à moins qu'une lésion ne s'oppose à la mise en jeu de son élasticité.

Dans tous les cas d'omento-volvulus, il est nécessaire de remonter toujours à la cause première de l'accident, à l'épiplôte ; puis on essaie d'expliquer le mécanisme de la torsion.

Ces deux questions, l'une à l'autre, intimement unies, nous les étudierons en nous plaçant dans les deux hypothèses suivantes :

1° Il existe une hernie.

2° Il n'existe pas de hernie.

I. Torsions compliquées de hernie.

L'omento-volvulus, ne constitue donc qu'un accident dont la cause première remonte plus ou moins loin dans le passé du malade. Il est le résultat final d'un processus dont les étages nécessaires qui le précèdent sont marqués dans le cas envisagé.

1° Par la hernie ;

2° Par l'épiploïte.

1° L'existence d'un sac herniaire prend ici une importance capitale, comme cause provocatrice de l'épiploïte. Elle est signalée dans la majorité des observations, 54 sur 70 d'après Schœnholzer.

Il s'agit le plus souvent d'une épiplocèle inguinale droite, rarement à gauche (Chavannaz). Dans le sac on n'a jamais trouvé d'anse intestinale. Ancienne, souvent réductible, volumineuse, bien qu'elle puisse exister à l'état de simple pointe dans le trajet herniaire (Riedel).

La torsion se produit du même côté que la hernie rarement du côté opposé ; il est possible que, dans ce cas, on ait méconnu une épiplocèle peu volumineuse siégeant du même côté que l'omento-volvulus.

Il est intéressant de noter que la hernie était pariétale (obs. Souligoux et Deschamps), crurale (Mauclaire), ombilicale par l'écartement des droits à la suite de deux grossesses (Lemaître et Lance), au niveau d'une cicatrice abdominale opératoire.

Une variété rare, la hernie récurrente, a été signalée par Schmidt : L'épiploon était replié sur lui-même et c'était le sommet de l'anse qui plongeait au fond du sac.

Il n'est même pas nécessaire que le sac herniaire soit occupé au moment où éclatent les accidents : Il peut être vide soit que la hernie se soit réduite, spontanément ou non, ou bien qu'elle ait été opérée (Thévenard).

2° Epiploïte.

Elle est toujours due à l'infection. Celle-ci se fait par voie sanguine, favorisée à la fois par les heurts et les frottements dont une hernie un peu volumineuse subit la fréquence, et par l'état de moindre résistance, partant de réceptivité microbienne, propres aux organes herniés.

La séreuse péritonéale traduit, comme toujours, sa réaction à l'irritation par la formation d'adhérences, ainsi que le démontrent les expériences de M. Héger. Celui-ci étudiant le rôle physiologique de l'épiploon et le mécanisme par lequel celui-ci parvient à assurer la défense de la cavité péritonéale, injecte de la limaille de fer dans le ventre d'un animal. « Le contact des particules étant irritant, des adhérences sont établies et finalement l'épiploon a formé une véritable corde dans laquelle était emmagasinée toute la limaille de fer, devenue adhérente au péritoine pariétal. »

Nous verrons l'importance de ces adhérences qui fixent ainsi l'épiploon dont la torsion se fait alors entre deux points fixes.

3° Torsion.

L'épiploon, ainsi atteint d'une inflammation chronique, devient alors susceptible de se tordre. Nous envisagerons donc le mécanisme de la torsion et ses divers modes :

1° lorsque la hernie n'existe plus ;

2° lorsque le sac herniaire est occupé.

1° La hernie n'existe plus parfois depuis longtemps, mais l'épiploon ainsi rentré dans l'abdomen n'est plus sain, il a été lésé par les causes d'épiploïte que nous avons signalées. « Les noyaux d'épiploïte chronique, en

partie pédiculés, forment des sortes de corps étrangers, de tumeurs lourdes, prêtes à se déplacer latéralement, à tourner sur elles-mêmes », d'autant plus que cette masse enflammée peut atteindre un poids assez considérable, un kg. dans l'observation de Von Baracz et que le taxis ne fait qu'exagérer cette tendance à l'enroulement. L'épiploon se tord alors, à la façon d'un kyste de l'ovaire.

2° La hernie coexiste avec la torsion.

L'épiploïte d'abord herniaire s'est propagée à travers le pédicule intra-funiculaire jusqu'à la portion intra-abdominale. Il en résulte la formation de deux masses unies entre elles par un cordon plus ou moins épaissi.

La torsion offre trois variétés. Elle peut être :

1° *Intra-sacculaire*, éventualité assez rare (Monod, Hartmann). Il est prudent de vérifier s'il n'existe pas une seconde torsion intra-abdominale. Dans le cas récent de M. Hartmann il existait dans le sac herniaire trois franges épiploïques dont l'une était libre, et les deux autres s'étaient enroulées entre elles. L'omento-volvulus est provoqué dans cette variété, probablement par les manœuvres plus ou moins violentes du taxis.

2° *Intra-abdominale*, rare aussi.

3° *Torsion en masse*. — C'est la partie abdominale qui commence à s'enrouler entraînant dans son mouvement et dans le même sens la portion intra-sacculaire de l'épiploon. Il en résulte des troubles de la circulation, amenant la congestion de la tumeur et son augmentation de volume. La masse herniaire, brusquement gonflée par la stase sanguine, devient aussitôt irréductible, si elle ne l'était déjà.

La torsion se fait, dans ces cas, en un seul point, généralement situé bien au delà du collet de la hernie, très haut dans l'abdomen, près de l'insertion de l'épiploon sur le côlon, rarement à proximité du canal inguinal.

Une autre manière d'envisager l'omento-volvulus est la suivante : l'épiploon adhérent aux parois du sac herniaire est tendu comme un voile entre deux points fixes, l'insertion inférieure pathologique et l'insertion supérieure sur le côlon. Il va s'enrouler à la façon d'une serviette qu'on tiendrait par ses deux extrémités. En général, il existe deux torsions, une herniaire, l'autre abdominale, et souvent de sens inverse.

Causes déterminantes.

Les auteurs d'accord jusqu'ici, divergent à ce sujet et invoquent des causes soit externes, soit internes :

1° Causes externes, surtout effort et taxis.

Le rôle de l'effort est indéniable et signalé dans la plupart des observations. Les accidents éclatent à la suite d'un effort violent (le malade de Roger venait de soulever une malle lourde), de quintes de toux violentes, de courses prolongées en bicyclette (Walther, Thévenard), autant de facteurs augmentant la pression intra-abdominale.

Le taxis intervient fréquemment, surtout chez les malades qui ont l'habitude de réduire plusieurs fois par jour leur hernie.

2° Causes internes. — Mais les facteurs précédents ne peuvent pas être invoqués dans certains cas : ainsi la malade de Schœnholzer gardait le lit depuis quelques jours ; chez le malade de Litthauer les accidents éclatèrent sans cause

appréciable. Les auteurs font alors intervenir des causes internes :

I. Théorie de M. Jaboulay ou de la tendance à l'enroulement: « L'épiploon, animé de mouvements incessants, a une tendance constante à l'enroulement. Cette mobilité est facile à constater au cours de cures radicales d'épiplocèle où l'on voit un chevauchement véritable de lamelles tassées et enbriquées les unes sur les autres, que l'on est obligé de dissocier pour les étaler et les lier. »

II. Pour M. Bazy, le péristaltisme intestinal pourrait amener l'enroulement de l'épiploon, surtout s'il est exagéré par l'action d'un purgatif comme le démontrerait l'observation de M. Morestin, où les accidents éclatèrent aussitôt après un lavement.

III. Dans le cas de torsion incomplète, on peut faire intervenir l'augmentation brusque de la masse épiploïque. A chaque nouvelle torsion, la congestion amène une transsudation de liquide et de sang qui augmente le volume de la tumeur et prédispose celle-ci à une nouvelle torsion ; de sorte que l'on peut dire que la tumeur s'accroît d'autant plus qu'elle se tord et réciproquement (Cathelin). Ces torsions incomplètes peuvent régresser ou rester stationnaires, mais parfois elles marchent étape par étape vers l'enroulement complet. A chaque fois le mouvement de rotation n'ayant pas une impulsion suffisante, s'épuise par le glissement de la tumeur sur des surfaces polies et sereuses.

IV. Théorie vasculaire de Payr. — Payr a émis une théorie ingénieuse, basée sur l'expérimentation, d'après la-

quelle il rattache l'omento-volvulus à une stase veineuse et aussi à l'inégalité de développement des tumeurs.

Cette inégalité, il l'a démontrée par l'expérience des boules de magnésium enfermées dans l'épiploon d'un animal. Grâce au dégagement d'hydrogène, auquel donnait naissance le magnésium, il s'est formé des petites tumeurs gazeuses, véritables kystes pédiculés de volume différent. Cet accroissement inégal, déplaçant le centre de gravité de la masse épiploïque, expliquerait la torsion.

Mais à cette action s'ajouteraient, pour Payr, des troubles circulatoires, dus à la disposition anatomique des artères et des veines dans l'épiploon, et il compare le mécanisme de l'omento-volvulus, à ce qui se passe dans les expériences suivantes :

Si on attache un pneu en caoutchouc à une forte ficelle, et qu'on le remplisse d'eau progressivement, le pneu, d'abord s'allonge, puis se courbe, et à la limite se tord en tournant autour de la ficelle. Si l'on remplace la ficelle par un pneu plus résistant que l'on remplit d'eau aussi, c'est le pneu le plus élastique qui se tord autour de l'autre.

Dans l'épiploon, les deux pneus seraient représentés, le plus résistant, par les artères, le plus élastique, par les veines beaucoup plus souples. Ces vaisseaux étant intimement unis par du tissu, si une stase se produit dans l'épiploon les veines vont, comme dans l'expérience précédente, s'enrouler autour des artères, surtout, que plus longues et plus sinueuses, elles emmagasinent une quantité de sang beaucoup plus considérable.

« Les veines plus longues, forment, dans la stase sanguine l'arc ; les artères plus courtes, représentent le tendon, autour duquel se fait la torsion. »

L'expérience semble donner raison à Payr : sur quatre chiens et sur quatre chats, il fit la ligature partielle de l'épiploon, mais en laissant passer largement les vaisseaux, puis il cousait la partie inférieure de manière à former une tumeur épiploïque, ou bien il y enveloppait un rein de l'animal ; il ligaturait encore une ou deux veines et amenait ainsi une stase artificielle dans le système circulatoire. Quatre fois il a réussi à produire l'omento-volvulus avec tous les symptômes observés chez l'homme.

II. Torsion de l'épiploon sans hernie.

Nous arrivons aux faits du second groupe (20 % des cas) : aux torsions de l'épiploon, chez des gens qui n'ont pas de hernie, ni de sac herniaire vide, et que nous diviserons, avec Schœnholzer, en deux classes :

1° *Torsions secondaires* à une torsion d'un organe avec lequel l'épiploon avait adhéré ou d'une tumeur incluse dans le péritoine.

2° *Torsions spontanées ou primitives.*

1° Torsions secondaires.

La cause de l'épiploïte est ici multiple : appendicite, annexite, etc. L'épiploon a pour fonction de s'opposer à l'infection de la cavité abdominale et sa mobilité lui permet de se porter là où il y a du danger. Autour de l'organe ma-

lade, il organise la défense, l'isole des autres viscères abdominaux, en l'enveloppant de fausses membranes, de sorte que, désormais, les deux organes vont être intimement unis l'un à l'autre. Si l'épiploon adhère à un appendice, à un kyste de l'ovaire, tous susceptibles de s'enrouler, il les suivra dans leur mouvement de rotation et l'omento-volvulus sera réalisé (obs. de Schœnholzer, de Payr).

Cependant on admet qu'il faut, pour que ces organes ou tumeurs pediculés se tordent, qu'ils soient libres, mobiles, sans adhérences avec les organes voisins tels que l'épiploon. Précisément la présence fréquente de ces adhérences expliquerait la rareté des torsions d'une salpingite ou d'un kyste de l'ovaire.

Si l'on accepte cette théorie classique il est nécessaire d'établir une distinction dans les cas d'omento-volvulus secondaire :

a) Ou bien les adhérences, unissant l'épiploon à l'appendice ou à la trompe, sont anciennes et très résistantes, et alors il faudrait expliquer pourquoi ces organes se sont enroulés sur eux-mêmes, alors qu'ils ne flottaient plus librement dans la cavité abdominale ;

b) Ou bien les adhérences sont récentes, fragiles, partant postérieures à la torsion, comme celles qui, dans l'observation de Demons, unissaient l'épiploon à un kyste de l'ovaire, tous deux étant tordus. Dans ce cas, on ne peut pas dire que la tumeur a entraîné l'épiploon dans son enroulement puisque tous deux devaient être indépendants avant la torsion

Il faut alors admettre que la même cause a provoqué simultanément les deux torsions.

Le corps mobile qui provoque l'omento-volvulus peut être contenu dans l'épiploon lui-même : sarcomes, kystes hydatiques tordus, appendus à une masse épiploïque tordue (obs. de M. Tuffier). La tumeur, du fait de la pesanteur et de la station debout, tend à plonger dans le bassin, sur un plan incliné à 60° sur l'horizontale, représenté par le détroit supérieur dont la déclivité prédispose à la torsion. Celle-ci sera d'autant plus favorisée que la tumeur sera plus lourde, le pédicule plus mince, et qu'il se développera à côté un kyste de l'ovaire, un utérus gravide, etc., etc...

2° Torsions primitives ou spontanées.

Le problème devient beaucoup plus délicat à résoudre, et a été l'objet de discussions nombreuses. Il est même certains auteurs, qui nient l'existence de ces torsions spontanées, apparaissant en dehors de toute tumeur abdominale, et dont la cause pathogénique est difficile à déceler. Riedel, en particulier, les considère comme dues à de vieilles hernies intra-funiculaires, dans lesquelles, l'épiploon s'est libéré de nouveau (obs. d'une jeune fille de 20 ans).

Mais avec M. Lejars, on peut dire que l'épiploon a bien le droit comme tous les organes abdominaux, de se tordre. L'essentiel est qu'il trouve dans l'abdomen, une cause qui puisse provoquer son inflammation, et par suite, rendre la torsion possible.

M. Mauclaire s'est demandé si l'épiploïte n'était pas due à des thromboses des veines de l'épiploon analogues à

celles qui se produisent dans les veines mésentériques et qui sont si fréquemment observées.

M. Schœnholzer croit voir cette cause dans l'appendicite chronique ; il en a observé un cas personnel et pu recueillir huit exemples de torsions spontanées.

Il s'agissait d'une jeune fille qui avait présenté à plusieurs reprises, des douleurs dans la fosse iliaque droite, et qui fut opérée avec le diagnostic d'appendicite. Mais à l'opération on tomba sur une torsion de l'épiploon qui était appendue en haut au côlon transverse. Celui-ci fléchissant sous le poids de la masse avait la forme d'un M.

Schoenholzer discutant son observation se demande :

1° Quelle est la cause de l'épiploïte.

2° Quelle est la cause de la torsion.

1° L'épiploïte serait due, pour lui, à une appendicite chronique. Mais dans son observation il ne parle pas de lésions appendiculaires. On pourrait rattacher à des crises d'appendicite, les crises douloureuses que présentait la malade depuis quelque temps, mais il les considère comme dues probablement à des torsions incomplètes. Il admet cependant comme cause, une « appendicite chronique de longue durée, avec épiploïte chronique, amenant une dégénérescence en masse de l'épiploon, la formation d'un pédicule et enfin se produit la torsion. »

2° Par suite de cette inflammation chronique, l'épiploon, infiltré, épaissi, tiré par son propre poids sur attache colique, l'allonge, le transforme en un cordon formant pédicule. « De sorte que dans l'abdomen, on trouve une tumeur libre-

ment suspendue, qui a perdu son élasticité et qui ne suit plus les mouvements de l'intestin. » De cette façon se fait facilement la torsion.

En terminant, Schœnholzer s'étonne que l'omento-volvulus ne soit pas plus souvent observé, vu la fréquence de l'appendicite chronique. Il explique cette rareté par ce fait, qu'il se produit des torsions incomplètes, ne provoquant que des crises douloureuses, pouvant même être silencieuses et régresser.

Ce ne serait que lorsque la torsion amènerait des troubles circulatoires importants dans la masse épiploïque que l'omento-volvulus éclaterait avec sa symptomatologie bruyante.

EXPERIMENTATION. — M. Mauclairé a essayé de réaliser expérimentalement la torsion de l'épiploon sur des cobayes. Mais l'omento-volvulus ne se maintint pas malgré la fixation du bout inférieur de l'épiploon. A l'autopsie, un mois après on ne trouva qu'un simple filament fibreux.

SYMPTOMATOLOGIE

I. Forme herniaire.

Les accidents éclatent brusquement à la suite d'un effort. Le malade accuse du côté de la hernie des douleurs très vives qui ne tardent pas à s'irradier à l'abdomen ; en même temps, surviennent des vomissements, mais l'émission de gaz des selles n'est pas supprimée.

A l'examen l'attention est attirée de suite vers la hernie qui est douloureuse à la palpation surtout si l'on tente le taxis, tendue, mate à la percussion, devenue brusquement irréductible si elle ne l'était pas déjà, en un mot, tous les symptômes locaux de l'étranglement. En plus, signe important, on constate la présence d'un cordon dur assez gros au niveau et au-dessus de l'anneau inguinal.

L'état général reste cependant bon, les vomissements cessent rapidement et le malade ne présente aucun signe d'obstruction intestinale, sauf un léger ballonnement.

II. Forme abdominale.

L'évolution peut être aiguë ou chronique.

a) aiguë. — Cette forme appelée par certains auteurs appendiculaire en raison des symptômes observés, est la plus fréquente. Chez un sujet porteur d'une hernie ancienne sur-

vient une douleur brusque. Elle siège soit dans le sac herniaire, soit dans son voisinage, soit dans la fosse iliaque. Elle peut être atroce et des malades l'ont comparée à un coup de poignard. Cette douleur ne tarde pas à se généraliser à tout l'abdomen sous forme de violentes coliques. La localisation de ce point de douleur maxima par lequel débute la maladie est d'un grand intérêt, puisque d'après certains auteurs, il correspondrait au point de la torsion. Bientôt peuvent survenir des nausées et des vomissements bilieux, mais on ne les observe pas toujours (obs. Périer). Ils ne tardent pas à s'arrêter dès les premiers jours, parfois dès les premières heures. Il peut y avoir arrêt absolu des matières et des gaz (obs. Thévenard), mais le plus souvent si on observe la constipation, les gaz continuent cependant à passer. Il n'y a pas de signes d'étranglement vrai, car on ne trouve pas de l'intestin dans ces hernies compliquées de torsion épiploïque.

La fièvre monte rarement haut, elle est modérée : 38 à 39 ; le pouls bat à 100 - 120 ; les urines sont rares.

A l'examen de la hernie on trouve celle-ci tendue et douloureuse. Aussi serait-on tenté de rapporter tous les phénomènes à un début d'étranglement herniaire, si l'on n'était pas prévenu que c'est du côté de l'abdomen que doit porter l'investigation. Le ventre est ballonné et par la palpation, on découvre une tumeur intra-abdominale reliée à la hernie par un cordon plus ou moins résistant. La tumeur donne l'impression d'un gros plastron appendiculaire. Elle est volumineuse comme le poing, ou même comme une tête de fœtus, mate à la percussion, elle tranche nettement avec la sonorité exagée.

rée de la fosse iliaque opposée. Ses contours sont imprécis, cependant, dans l'observation de M. Périer, on percevait un « plastron abdominal très nettement délimité par une courbe à convexité supérieure, remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, se poursuivant d'autre part en bas jusqu'au pubis, également à droite et à gauche. (Il en était de même dans l'obs. de M. Lance).

Dans ce cas, la situation médiane de la tumeur est exceptionnelle car dans la majorité des observations on a noté la situation latérale droite. La mobilité est relative dans le sens transversal, il est impossible de mobiliser la tumeur dans le sens vertical ; elle est douloureuse au palper et donne une sensation assez particulière d'infiltration sanguine .

b) chronique. — Parfois les accidents ne revêtent pas la même allure aiguë, surtout dans les torsions incomplètes ; celles-ci, silencieuses quelquefois, se révèlent en général, par des crises douloureuses, de la fièvre et de la constipation. Le malade de Schoenholzer avait eu des crises semblables avec constipation, durant un ou deux jours et répétées ; l'omentovolvulus n'apparut pas chez lui avec sa brusquerie habituelle, progressivement les douleurs d'abord légères ne firent qu'augmenter jusqu'au moment de l'opération. Chez le petit malade de M. Broca, âgé de 4 ans $\frac{1}{2}$, des souffrances abdominales s'étaient déclarées à droite depuis 5 ou 6 mois ; à la suite d'une chute elles s'étaient aggravées ; elles procédaient par crises avec un peu de fièvre, sans vomissement.

M. Riedel signale la même évolution chronique chez un de ses malades ; M. Lance aussi: « La dame C..., souffrait de-

puis trois ans dans le ventre, à raison de trois ou quatre crises par an, durant trois à quatre jours, consistant en coliques violentes dans le milieu de l'abdomen avec état nauséux, vomissements et syncopes. »

COMPLICATIONS

1° Hémorragies gastro-intestinales. — Elles sont rares et observées dans deux cas seulement. Le malade de M. Eiselsberg eut un vomissement de $3/4$ de litre d'une matière couleur marc de café. A l'autopsie on trouva une grosse ulcération près du pylore et de toutes petites disséminées sur la muqueuse stomacale et aussi des abcès sur la petite courbure et au niveau du duodénum. L'autopsie du malade de M. Moresco permit de constater la présence de sang dans l'estomac et des ulcérations sur la muqueuse.

Ces hémorragies peuvent reconnaître deux causes :

I. D'après Moresco, elles seraient dues à la pression exercée par la tumeur épiploïque sur la circulation mésentérique.

II. Pour Eiselsberg, elles seraient dues à des embolies rétrogrades ou à une thrombose des veines épiploïques. Il a observé un cas à peu près analogue chez un malade porteur d'une hernie, chez qui on avait réséqué un gros morceau d'épiploon malade ; des hémorragies stomacales eurent lieu deux jours après l'opération.

Ces embolies, probablement d'origine infectieuse, lancées dans les vaisseaux de l'estomac, y provoqueraient la

formation d'ulcérations par troubles de l'irrigation sanguine. Gussenbauer a constaté des pneumonies consécutives à des thrombus infectés, partis de l'intestin et du mésentère dans l'occlusion intestinale.

Payr a pu réaliser expérimentalement la formation de ces ulcérations et de ces abcès sur des animaux auxquels il injectait une petite quantité de corpuscules tels que de l'encre de Chine, et chez quelques animaux il put déterminer de fortes hématomés. Neck et Engelhardt ont pu arriver au même résultat sur le foie d'animaux à qui ils réséquaient en partie l'épiploon.

Les thromboses des veines épiploïques peuvent provoquer encore des phlébites (phlébite de la saphène gauche, obs. Riedel), ou bien la mort subite (obs. Périer).

II. Hémorragie interne. — Le cas n'a pas été encore signalé, bien qu'on l'ait observé dans des torsions analogues de tumeurs abdominales. Il se produit bien, à la suite de la compression et de la formation des thromboses dans les veines de la masse épiploïque tordue, des infiltrations sanguines recouvrant le tiers supérieur de la calotte formée par la tumeur (obs. de M. Broca) ; parfois même l'hémorragie est plus abondante: dans l'observation de M. Lapeyre on trouva un épiploon épaissi, gros, infiltré de sang, baignant dans un liquide hémorragique. Mais ces pertes de sang ont été assez légères pour ne pas donner naissance aux symptômes caractéristiques de l'hémorragie interne ou bien ils ont été si peu marqués, qu'ils ont pu passer inaperçus au milieu d'autres accidents beaucoup plus bruyants.

III. Rupture du pédicule. — Cette complication se produit dans les torsions avec arrêt complet de la circulation : le pédicule mal nourri se désagrège peu à peu et se rompt ; dans l'observation de M. Thévenard, le sillon était profond, blanchâtre, donnant l'impression d'une rupture imminente. La masse épiploïque, sphacélée devient libre dans la cavité abdominale (obs. de Wiessinger). Une péritonite septique, rapidement mortelle en résulte. Les phénomènes de réaction locale ne sont pas très marqués par rapport à la gravité de la maladie. La toxémie l'emporte sur la péritonite et frappe de préférence le cœur ; le pouls s'affaiblit, devient uniforme, incomptable, et les injections de sérum ne le relèvent que momentanément. La mort survient par collapsus cardiaque.

IV. Une légère ascite existait dans l'observation de M. Trémolières : elle était probablement symptomatique, due à l'irritation péritonéale soit par la tumeur épiploïque, soit par les noyaux cancéreux situés au niveau du pylore et qui s'étaient diffusés jusqu'à l'angle colique gauche.

V. Symptômes urinaires. — Chez le malade de M. Thévenard, ils attiraient tellement l'attention que le diagnostic de hernie de la vessie avait été discuté surtout que l'on trouvait au niveau du tiers supérieur des bourses un sac dont le contenu liquide rentrait dans l'abdomen par la compression manuelle. Le malade qui jusqu'alors n'avait présenté aucun trouble urinaire, est pris dès le début de l'accident, de douleurs à la miction, et il ne pisse pas spontanément et le cathétérisme ne ramène qu'une toute petite quantité, un verre à bordeaux environ d'une urine foncée. A l'opération, on

découvrit des adhérences molles, certainement récentes, que l'on décolla facilement et qui unissaient la vessie à l'épiploon tordu.

VI. Occlusion intestinale. — Il est rare, en raison de l'absence d'anse intestinale dans le sac herniaire, d'observer l'occlusion vraie. Elle peut être rattachée à plusieurs causes :

soit à la traction exercée par la tumeur épiploïque, assez lourde, sur le côlon : celui-ci se coude dans sa portion transverse, de façon à prendre la forme d'un M ;

soit à la formation d'adhérences, amenant une coudure de l'intestin ;

soit à un enroulement d'anses intestinales qui fixées à l'épiploon, l'ont suivi dans son mouvement de torsion.

VII. Il est intéressant de signaler la complication survenue chez les malades de MM. Demons, Moresco et Eiselsberg, et qu'il est possible d'éviter. Eiselsberg avait opéré d'une épiplocèle étranglée un homme qui mourut le lendemain de l'intervention ; à l'autopsie, on reconnut que « le reste de l'épiploon laissé dans l'abdomen était lui-même tordu, ce qui expliquerait la mort ». Cette complication, sera facile à éviter si l'on se rappelle, que la torsion intra-sacculaire existe rarement seule et qu'elle est souvent accompagnée d'une seconde torsion beaucoup plus élevée, abdominale.

DIAGNOSTIC

Avec M. Lejars, nous envisagerons les trois hypothèses suivantes :

- 1° Torsions épiploïques combinées à une hernie.
- 2° — — — — — un sac vide.
- 3° — — — — — sans hernie.

1° La torsion se fait soit dans le sac, soit dans l'abdomen, soit en masse.

a) Torsion intra-sacculaire.

Il faut s'assurer d'abord que la hernie est une épiplo-cèle, c'est-à-dire une tumeur donnant l'impulsion de consistance lobulée et souple, dépourvue d'élasticité et de plus qu'elle est irréductible.

Ce premier point acquis, divers accidents aigus peuvent survenir dans cette hernie : épiploïte ou étranglement.

Mais dans les épiploïtes aiguës, les accidents, surtout locaux, retentissent très peu sur l'état général et sur le tube digestif : les vomissements sont rares, la constipation, jamais absolue. Les phénomènes généraux, l'anxiété, la dépression font défaut ou, du moins, ne revêtent jamais l'allure grave qu'ils prennent dans l'omento-volvulus.

Parfois, les signes locaux et fonctionnels ne sont pas

assez caractéristiques, ni assez nets pour qu'on ait la certitude qu'il ne s'agit pas d'étranglement intestinal. Dans les hernies un peu volumineuses on se demande si une anse d'intestin n'est pas à l'examen passée inaperçue, perdue au milieu de la grosse masse épiploïque ; l'erreur est d'autant plus difficile à éviter que la suppression des gaz et des matières peut être complète. Seule l'opération tranche le diagnostic hésitant.

b) Torsion abdominale. — On l'a confondue avec l'appendicite, mais, la présence d'une hernie est un point de « repère important » pour le diagnostic.

c) Torsion en masse. — Le début brusque des accidents, l'apparition de deux tumeurs douloureuses, l'une herniaire et irréductible, l'autre, abdominale et volumineuse, leur continuité par un pédicule permettent d'affirmer l'omentalvolvulus.

Trois signes locaux permettent donc d'affirmer le diagnostic d'omentalvolvulus : Les deux tumeurs abdominale et herniaire, sur lesquelles nous avons assez insisté ; cependant, nous devons signaler que la hernie n'est pas toujours irréductible (obs. Lejars), puis le cordon qui, parti du pôle inférieur de la masse abdominale, vient, à sa sortie du trajet inguinal, se continuer avec l'extrémité supérieure de l'épiplocèle. Il est volumineux, assez dur et porte le nom de « corde épiploïque » (sorte de masse, toile, bride ou corde, d'une certaine fermeté, remplissant le canal inguinal et constituant la racine de tumeur. Velpeau). Cette corde épiploïque serait toujours constatée, à la seule condition que l'épiploon ait

contracté des adhérences avec le sac. Cependant, certains auteurs, entre autres, M. Reclus, ne l'ont jamais rencontrée dans l'épiploïte adhésive et dans l'observation de M. Moresstin : « il n'était pas possible d'établir la continuité de la tumeur herniaire avec la tumeur abdominale, bien que cette dernière descendît jusqu'à l'arcade crurale ». Dans la majorité des cas cependant, la corde épiploïque a été signalée.

2° Le sac herniaire est vide.

Les malades de MM. Peck, Wiener, Tuffier, Riedel, Smythe présentaient un sac vide et une tumeur abdominale sans aucune connexion entre les deux, si bien qu'on crut à l'appendicite, à une occlusion intestinale, à une tumeur de l'abdomen.

La constatation d'un sac herniaire ancien du même côté que la tumeur abdominale doit servir de repère (Lejars).

3° Torsion sans hernie. — Le malade a pu être opéré de son épiplocèle et la torsion est consécutive à une épiploïte post-opératoire. Il faut alors demander si après l'intervention le malade s'est plaint de vives douleurs abdominales, survenant par crises, surtout, après les repas, ou bien, le début ayant été plus insidieux, plus tardif, le malade s'est-il levé, mais quand il marchait, éprouvait-il des douleurs dans le ventre qui l'obligeait à s'arrêter. Puis apparaît une tumeur abdominale dont le siège, toujours du côté malade, peut remonter jusque sous les fausses côtes à cause de l'ascension de l'épiploon réséqué. Dans l'observation de Schnitzer (de Vienne), la tumeur, non tordue d'ailleurs, était située sous le rebord des fausses côtes. Chez un malade de M. Riedel, on

sentait une résistance nette qui se prolongeait à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic si bien qu'on avait pensé à une cholécystite.

Diagnostic avec appendicite. — La plupart des malades atteints d'omento-volvulus ont été opéré avec le diagnostic d'appendicite, erreur qui leur a été toujours salutaire. MM. Lejars et Morestin ont été des premiers à différencier la torsion de l'épiploon avec l'appendicite.

D'après Smythe, l'appendicite et la torsion intra-abdominale de l'épiploon présentent quelques symptômes communs, mais il y aurait une assez grande différence de traits cliniques entre les deux affections pour que l'erreur de diagnostic ne puisse arriver au chirurgien qui rencontre son deuxième cas. Nous pensons que ces conclusions du chirurgien anglais sont peut-être trop formelles, car il est des formes cliniques à symptomatologie imprécise où le diagnostic malgré la connaissance de cette affection ne saurait être affirmé.

Les symptômes communs à ces deux maladies sont :

D'abord les commémoratifs : début brusque par une douleur atroce, en coup de poignard siégeant le plus souvent à droite, dans la fosse iliaque, s'irradiant rapidement à tout l'abdomen. Comme antécédents le malade signale souvent des crises douloureuses siégeant dans le flanc droit et accompagnées de fièvre, crises qu'on rattache à des attaques d'appendicite et qui sont dues peut-être à des torsions incomplètes.

L'illusion est confirmée par l'examen local qui doit être fait avec beaucoup de soin ; car il donne des renseignements

précieux (Lejars). On trouve de l'hyperesthésie cutanée avec de la contracture musculaire, du météorisme ; on constate surtout la présence d'une grosse tuméfaction dans la fosse iliaque droite.

C'est précisément ce plastron qui va éveiller des doutes dans l'esprit du clinicien. Il est très volumineux, trop volumineux même pour un plastron, consécutif à une appendicite qui vient de se déclarer. Sa formation a été trop rapide : si volumineux, il indiquerait une infection appendiculaire intense et devrait s'accompagner d'une atteinte grave de l'état général, d'une fièvre élevée et persistante, d'une accélération marquée du pouls, d'altération de traits, d'exagération des vomissements.

Au contraire, l'état général reste assez bon, les vomissements bilieux cessent rapidement, la température n'est pas très élevée : 38° - 39° ; le pouls reste bien frappé aux environs de 100, en rapport avec la température. La douleur elle-même s'amende parfois.

Malgré cette discordance entre le volume de la tuméfaction abdominale et l'atteinte peu grave, somme toute, de l'état général, on s'arrête au diagnostic d'appendicite. On a bien l'arrière-pensée que cette appendicite présente des allures un peu spéciales, peu classiques et que la formation d'un aussi gros plastron est surprenante en un temps aussi court. Mais on sait qu'assez souvent les lésions rapides se préparent pendant des jours sans attirer l'attention des profanes et on nous donne comme toute fraîche, une crise qui est déjà à son troisième ou quatrième jour. » (M. Broca).

Si l'on examine le malade quelque temps après le début de la crise, les phénomènes douloureux se sont souvent amendés et l'exploration de la tumeur est facilitée : la douleur n'est point très nettement localisée au point de Mac Burney. La palpation révèle la présence d'une tumeur volumineuse, assez arrondie, située tout contre la paroi abdominale, au lieu d'être profonde. On remarque surtout l'absence « d'une induration inflammatoire autour d'elle ; autour d'un abcès appendiculaire de ce volume, l'empâtement est obligatoire » (M. Broca).

On a pu confondre encore l'omento-volvulus :

— Avec l'occlusion intestinale, mais nous avons vu que l'arrêt des gaz et des matières était rarement complet. Le malade de M. Tuffier fut opéré pour une occlusion intestinale et on tomba, à l'opération sur une torsion sous colique.

— Avec un kyste de l'ovaire : chez le malade de M. Broca « les accidents furent, en effet, cliniquement identiques à ceux que provoque la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire et chez une femme il est certain que j'aurais porté le diagnostic. » L'erreur est d'autant plus facile que les deux affections peuvent coexister (Payr).

— Avec une tuberculose ileo-cœcale (O. Simon).

— Avec toute tumeur abdominale : une malade de M. Riedel « sentait une sensation de pesanteur à l'hypogastre : lorsqu'elle voulait se lever, elle éprouvait comme quelque

chose qui se déplaçait dans l'abdomen et qu'il lui fallait repousser ; dans le vagin on sentait une tumeur plus ou moins grosse qui paraît en rapport avec l'utérus. »

— Avec un « fibrome à évolution intra-péritonéale, sujet à des crises légères de torsion. (Lance).

PRONOSTIC

Les nombreuses complications que nous venons d'étudier et en particulier l'observation d'Eiselsberg nous permettent de préjuger de la gravité de l'omento-volvulus. La mort subite par une embolie foudroyante qui reconnaît probablement la même pathogénie que celles produites dans l'estomac et le duodénum a été signalée par M. Périer.

Cependant, la mortalité n'est pas très élevée : 8 morts sur près de 90 observations. Cette bénignité relative de l'omento-volvulus s'explique par l'erreur de diagnostic, dont ont bénéficié les malades qui, la plupart ont été opérés pour étranglement herniaire ou appendicite. Le pronostic opératoire reste bon malgré les 7 ou 8 cas de mort observés. Les malades succombèrent soit à des complications accidentelles : pneumonie grippale (obs. Monod), broncho-pneumonie (obs. Pender et Heitz), délirium tremens (obs. Lejars), soit à une intervention tardive ou incomplète (obs. Eiselsberg), ou soit encore à des hématomés produites par des ulcérations stomacales.

L'omento-volvulus peut régresser, mais laisse après lui des troubles intestinaux, des douleurs abdominales et la menace d'une nouvelle torsion qui pourrait être plus grave.

TRAITEMENT

Un seul traitement : opérer le plus tôt possible. La kélotomie suffit rarement, même dans les torsions intra-herbiaires ; il est en effet prudent de s'assurer par une amorce de laparotomie, de l'existence possible d'une seconde torsion abdominale.

La laparotomie, avec ou sans kélotomie s'impose donc au clinicien dans la majorité des cas. La détorsion de l'épiploon avait été conseillée, mais elle doit être toujours suivie de la résection de toute la portion malade de l'épiploon.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. (*M. Lance, Paris*).

Le 25 février 1905, je suis appelé par un confrère chez une dame C..., atteinte de fibrome utérin. Je trouve une femme de 48 ans, très obèse, avec une éventration assez considérable par écartement des droits à la suite de deux grossesses.

Elle souffre dans le ventre depuis trois ans ; en plus de lourdeurs, de tiraillements continuels, elle se plaint de crises douloureuses spéciales qui se sont produites un nombre de fois qu'elle ne peut préciser, 2 ou 3 fois par an peut-être, débutant brusquement par des coliques violentes dans le milieu de l'abdomen, avec un état nauséux, parfois des vomissements alimentaires et un état syncopal ; cet état dure trois à quatre jours puis les signes s'atténuent peu à peu. La malade vient d'avoir une de ces crises peu de jours auparavant, pas de constipation notable, de signes d'entérite, pas de troubles menstruels, de métrorragies.

L'examen du ventre montre une masse dure, arrondie, bosselée, occupant toute la partie inférieure de l'abdomen sur la ligne médiane, mobile latéralement. Au toucher on trouve un utérus mobile, pas très volumineux, qui subit les mouvements de mobilisation de la tumeur abdominale. Nous confirmons le diagnostic du médecin : fibrome à évolution intrapéritonéale sujet à des crises légères de torsion.

Opération le 18 mars 1905. Laparotomie médiane, on traverse une couche de graisse énorme ; dès l'ouverture du ventre, on tombe sur une masse plus grosse que les deux poings, formée par l'épiploon enflammé, adhérente en bas à

l'S iliaque et à la face postérieure de l'utérus, pédiculée par le haut avec un pédicule contourné en pas de vis. Section du pédicule et des adhérences, cure radicale de l'éventration ; les suites opératoires ont été des plus simples, guérison.

OBSERVATION II. (*M. Thévenard, Paris*). (1)

M. E..., âgé de 40 ans, entre à la clinique le 24 août 1910. Homme de grande taille et obèse. Parmi les antécédents personnels, il est intéressant de noter que ce malade a été opéré d'urgence, il y a 15 mois pour un étranglement herniaire aigu, qui s'était produit dans une hernie inguinale scrotale droite dont il était porteur depuis longtemps. Cette opération de l'étranglement fut suivie d'une cure radicale de la hernie. Cependant, au dire du malade, la hernie réapparaissait 5 mois après cette intervention.

Voici les renseignements recueillis lorsque nous sommes appelés le 24 août pour voir ce malade.

Le dimanche 21 août, pendant une course assez longue à bicyclette, le malade est pris subitement d'une douleur qui s'irradie rapidement à tout l'abdomen, en même temps qu'apparaissent des nausées. Par le repos, ces symptômes s'atténuent, se calment et le malade rentre assez péniblement chez lui et prend le lit. La nuit n'a rien d'extraordinaire, les douleurs ont perdu leur caractère d'acuité, elles sont sourdes, gravatives, le malade se plaint surtout de douleurs siégeant dans la région lombaire, cependant, le matin, il y a un vomissement bilieux qui détermine le malade à faire appeler un médecin. Celui-ci, constate en plus des douleurs, un fa-

(1) M. le Dr Thévenard a bien voulu nous dicter son intéressante observation. Nous le remercions sincèrement de l'accueil aimable qu'il nous a réservé.

cies légèrement grippé : l'abdomen, n'est pas ballonné, mais toute la paroi paraît en état de défense accentuée surtout du côté droit, lorsqu'on veut palper la fosse iliaque. Pouls à 100, T. 38°1. Le malade n'a pas uriné depuis la veille, on pratique le cathétérisme qui ramène 2 cuillerées à soupe d'une urine foncée. En plus des symptômes précédents est apparu un hoquet intermittent. Comme traitement : glace et diète absolue.

Le soir l'état du malade ne s'est ni amélioré, ni empiré. Cependant l'état nauséux a complètement disparu de même que le hoquet. Il n'y a toujours pas eu d'émission spontanée d'urine, on pratique un nouveau cathétérisme qui ramène une toute petite quantité d'urine.

Le mardi, même état, sans aucun changement dans les symptômes, ni du côté de la température qui est restée entre 38 et 38,5 et le pouls qui ne dépasse pas 100. La dysurie avec rétention persiste. Ce qui frappe le plus le médecin, c'est l'état de prostration du malade qui a absolument l'aspect d'un typhique.

Le mercredi, troisième jour depuis le début de la maladie, cet état de prostration a augmenté, le malade est dans un véritable état d'hébétude. Il est difficile d'obtenir du malade une réponse aux questions posées. Pouls à 100, T. 38°5. Il n'y a eu ni vomissement, ni hoquet. Le ventre sans être très ballonné, est légèrement distendu ; la défense de la paroi des plus nettes. La palpation provoque de la douleur, surtout dans les régions lombaire et iliaque droites. Enfin le malade se plaint toujours d'une douleur gravative dans les reins. La rétention d'urine avec dysurie persiste, c'est alors que nous sommes appelé auprès du malade et nous avons constaté les symptômes précédents et en particulier ce fait que pendant ces 3 jours, depuis le début des accidents, le malade n'a eu émission ni de selles ni de gaz.

Le médecin pense soit à un étrangement herniaire pro-

duit dans la récidive de la hernie, soit à une appendicite. A l'examen, on trouve dans le trajet inguino-scrotal une tuméfaction allongée, piriforme, à grosse extrémité inférieure descendant jusqu'au $\frac{1}{3}$ supérieur des bourses. A la palpation cette tumeur se réduit facilement, on a la sensation d'un flot liquide qui passe dans la cavité péritonéale. La tumeur ainsi vidée, donne la sensation d'un sac à parois épaisses, au milieu duquel on aperçoit comme un cordon. Au bout d'un instant, le sac se remplit de nouveau et reprend son aspect piriforme. Cet examen, n'est nullement douloureux. Il est évident qu'il s'agit là d'un sac à contenu liquide.

L'examen se poursuit du côté de la fosse iliaque droite et il devient entièrement difficile par suite de la douleur aiguë qu'il provoque et de la défense musculaire qui en résulte. Le malade localise nettement la douleur qu'il ressent alors, à la région lombaire d'une part, d'autre part, à la profondeur du bas-ventre suivant son expression, dans la région vésicale.

Le diagnostic est hésitant entre une hernie de la vessie et une appendicite. Le cathétérisme pratiqué en même temps qu'on refoule le liquide contenu dans le sac, qui ramène une quantité d'urine insignifiante, prouve qu'il ne s'agit pas d'une hernie de la vessie, d'autant plus, que, lorsque la compression cesse, le liquide réapparaît dans le sac. On pense alors à une appendicite.

On examine le peu d'urine recueillie, elle ne contient ni sucre, ni albumine.

L'intervention est décidée et a lieu le jour même : anesthésie à l'éther, appareil Ombrédanne.

On commence par ouvrir le trajet inguinal et on tombe sur un sac herniaire à parois épaisses, à contenu liquide, descendant comme à l'examen, au $\frac{1}{3}$ supérieur des bourses. Par suite de l'intervention antérieure, on est obligé d'isoler ce sac

d'au milieu d'adhérences, et sa libération du côté du cordon est particulièrement difficile. On arrive cependant à le libérer jusqu'à l'anneau inguinal profond, anneau assez étroit dont on libère le collet. Le sac est alors ouvert et il s'échappe un flot de liquide légèrement brunâtre, hématique qui continue à sourdre par l'orifice et l'anneau inguinal. En même temps on trouve dans le sac une frange épiploïque de la grosseur et de la longueur du petit doigt, rouge brun oedématié, en voie de sphacèle. On cherche à libérer au niveau du collet du sac pour attirer l'épiploon et placer une ligature en tissu sain. Il est impossible d'attirer l'épiploon qui semble fixé au-dessus de l'anneau. L'anneau est alors fendu et l'on amorce une laparotomie droite au travers de la gaine du grand droit. On trouve immédiatement au-dessus de l'anneau, une sorte de bride ayant absolument l'aspect et la consistance d'une lanière de fouet en cuir. Sous cette bride est étranglé l'épiploon. La bride est sectionnée et l'on essaie de nouveau d'attirer l'épiploon.

Celui-ci ne s'abaisse pas plus qu'auparavant. La laparotomie latérale est alors franchement poursuivie jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic : ce qui est nécessaire pour se donner du jour, étant donnée l'épaisseur abdominale du sujet.

Une nouvelle quantité de liquide séro-sanguinolent brunâtre fait irruption et est époncée. Les lèvres de la plaie abdominale étant écartées, on aperçoit une masse noirâtre, violacée, oedématiée qui est l'épiploon. Cette masse, explorée avec la main, plonge dans le Douglas, et là adhère à la partie postérieure de la vessie. Les adhérences sont décollées et l'on ramène, une masse arrondie, violacée, noirâtre, oedémateuse, du volume d'un gros poing. On éponge le cul-de-sac qui contient une quantité notable de liquide hématique. On constate alors que le péritoine, tant pariétal que viscéral est

le siège d'un piqueté hémorragique. L'épiploon est suivi et environ à 10 centimètres au-dessus du point où il était fixé à la paroi par la bride que nous avons décrite au-dessus de l'orifice profond de l'anneau inguinal, on trouve une torsion très serrée qui comprend plus d'un tour. Le sillon en est profond, blanchâtre, absolument décoloré, il semble que la rupture spontanée soit imminente. Cette torsion comprend l'épiploon dans toute sa largeur. L'épiploon pris dans une pince est sectionné à deux bons travers de doigt au-dessus du sillon de torsion. En détordant celui-ci, on constate que l'enroulement s'est fait de gauche à droite autour d'un axe qui serait représenté par le bord droit de l'épiploon, tendu comme une corde et de la façon suivante : L'épiploon, placé normalement dans un plan frontal, était venu se mettre dans un plan sagittal, de telle façon que sa face postérieure regardait franchement à droite, - puis dans un plan frontal : alors sa face postérieure devenait antérieure, en même temps que le bord gauche devenait bord droit - puis encore dans un plan sagittal, le bord gauche devenant antérieur, et la face postérieure regardant à gauche - puis l'épiploon revient dans son plan frontal normal, la face postérieure regardant en arrière - enfin après son tour complet, la face postérieure fait encore un quart de tour et regarde à droite. En résumé, l'épiploon s'est enroulé autour de son bord droit, devenu fixe par suite de son adhérence au-dessus de son canal inguinal. L'épiploon restant adhérent au bord inférieur du côlon transverse, fut suturé en chaîne. Réfection du canal inguinal par procédé Bassini-Berger, et sutures de la plaie abdominale sur 2 plans, dont un profond aponévrotico-péritonéal.

Tous les symptômes s'amendent rapidement, en particulier la dysurie qui était due aussi probablement à ce que le malade avait été privé de boisson, que nous nous sommes

empressé de lui rendre. Les troubles urinaires cessent 2 jours après. Réunion par première intention. Le malade entré le 25 août est sorti complètement guéri le 29 septembre.

OBSERVATION III. (*M. Lejars*, Paris).

Un homme de 38 ans m'était envoyé le 26 décembre dernier pour être opéré d'une appendicite ; les accidents dataient du 15 décembre : le malade, qui portait, depuis l'âge de 17 ans, une hernie inguinale droite, réductible, indolente, maintenue depuis 2 ans par un bandage, avait été pris, subitement, de coliques et de douleurs généralisées à tout l'abdomen, mais qui irradiait surtout dans le trajet herniaire ; des nausées et des vomissements bilieux avaient suivi ; il n'y avait aucune constipation ; la température était montée à 39°, la hernie était sortie, mais elle n'était pas tendue et se laissait d'abord, partiellement réduire, elle avait cessé très vite d'être douloureuse, et la sensibilité restait cantonnée dans la fosse iliaque et le flanc droits. Un médecin, appelé, avait porté le diagnostic d'appendicite, et, voyant grossir la tumeur iliaque, dans les jours suivants, avait conclu à la suppuration appendiculaire et à la nécessité d'une intervention.

On sentait, en effet, dans la moitié droite du ventre, une masse très volumineuse qui descendait jusqu'à l'arcade crurale, remplissait la fosse iliaque et le flanc et se prolongeait à deux travers de doigt au-dessus de la ligne ombilicale ; cette masse, qui soulevait visiblement la paroi, était vaguement arrondie, ovoïde plutôt, de surface légèrement convexe, assez bien délimitée en dedans, mais sans rebord net, toutefois ; non mobilisable, elle se laissait un peu refouler, en bloc, de dedans en dehors ; elle était empâtée, épaisse, ferme, un peu bosselée, nullement fluctuante ; le palper en était uniformément douloureux, sans localisation, sans point fixe ni prédominant ; en bas, cette tumeur était réunie par un

gros cordon avec le contenu herniaire, lui-même épais et ferme, un peu crépitant sous le doigt, irréductible, non douloureux. J'ajoute que la matité était complète au niveau de la hernie et de toute la masse abdominale. Il n'y avait plus de réactions, plus de nausées, les selles étaient faciles, le pouls normal, la température à 37°5 et 38°.

Était-ce là un énorme plastron appendiculaire, recouvrant une collection suppurée, et coexistant avec une épiplo-cèle ? Je ne le pensai pas ; une pareille tumeur eût signifié une suppuration profonde considérable, dont la présence cadrait mal avec si peu de réactions douloureuses et fébriles ; la combinaison des deux masses, abdominale et inguinale, leur continuité au niveau de l'arcade, leur consistance particulière, me rappelèrent un autre fait, que j'ai observé il y a plusieurs années, et dans lequel, précisément, croyant opérer une appendicite, j'avais trouvé une torsion épiploïque. Cette fois, après avoir discuté toutes ces raisons, je fis le diagnostic de torsion intra-abdominale du grand épiploon.

L'opération, pratiquée le 28 décembre, démontra que ce diagnostic était exact. Sous l'anesthésie, l'examen plus facile de la tumeur abdominale confirma les caractères d'empatement en masse, de lobulation grenue. J'incisai d'abord en long le canal inguinal, je tombai sur un sac herniaire compact, rempli, adhérent par toute sa face interne ; je prolongeai mon incision sur le bord externe du droit, sur une longueur de 10 centimètres, et, la paroi sectionnée, je parvins alors à soulever, un peu au-dessus de l'arcade, un pli du péritoine pariétal, et à l'ouvrir : par cette fente, repérée sur ses bords, je commençai à décoller la séreuse en l'incisant, à mesure, en bas,* jusqu'au fond du sac, en haut, jusqu'à la limite de la brèche pariétale ; je découvris, de la sorte, une tumeur épiploïque d'un jaune clair, maculé de taches noirâtres. La libération en fut achevée, et l'extraction en fut

faite, de bas en haut : à sa face interne adhéraient de nombreuses anses grêles, qu'on décolla peu à peu, avec prudence, car les parois intestinales étaient un peu infiltrées et la tunique musculaire externe se serait effritée aisément ; du liquide hématique, en quantité assez notable, s'écoula de la cavité abdominale, une fois ouverte. Finalement la masse épiploïque étant libérée jusqu'en haut, on découvrit, tout près du côlon transverse, son pédicule, tordu 3 fois, au moins, sur lui-même, du volume du pouce, non infiltré, d'ailleurs, et qui se laissa aisément délordre lorsqu'on agit sur la grosse tumeur appendue. Il fut lié avec deux catguts, enchaînés, et sectionné. On aperçut l'appendice, qui adhérerait aussi à la masse épiploïque, on l'enleva par écrasement, et l'on péritonisa son point d'implantation. Un peu de sang suintait en nappe de son pourtour, au niveau des adhérences rompues ; un léger suintement analogue persistait sur les anses grêles : on laissa deux petits drains, et, le sac herniaire ayant été réséqué, toute la paroi fut réunie.

L'opéré guérit sans incident et quitta l'hôpital le 15 janvier.

OBSERVATION IV. (*M. Périer*, Paris).

Le 11 mars 1909, entre d'urgence à l'hôpital Necker, le nommé O. H. O... âgé de 50 ans, avec le diagnostic de « hernie ancienne irréductible engouée ». C'est un homme obèse, présentant une grosse épiplocèle inguinale droite irréductible depuis fort longtemps et maintenue par un bandage. A gauche, hernie moins volumineuse et réductible.

Depuis la veille, le malade a été pris de coliques peu violentes, la hernie droite est devenue douloureuse et la palpation à ce niveau est pénible. Selle le matin, et depuis, de nombreux gaz. Ni vomissement, ni nausées. Ventre un peu ballonné ; légère douleur et un peu de défense au point de

Mac Burney. Langue saburrale, humide, facies excellent. Urines rares, très chargées, ne contenant ni sucre ni albumine. T. 39°5, pouls 120.

Une large vessie de glace est appliquée sur le ventre et sur la hernie droite ; le malade, très soulagé, passe une bonne nuit.

Le lendemain matin, 12 mars, on perçoit un plastron abdominal, très nettement délimité par une courbe à convexité supérieure, remontant jusqu'à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic, se poursuivant d'autre part jusqu'au pubis également à droite et à gauche. Cette masse, absolument médiane est dure, non fluctuante, submale, immobile et indolore. Le ventre est souple au-dessus, la peau absolument normale. Selle et gaz. Ni vomissement, ni nausées. T. 38°, pouls 120 ; urines rares.

Le soir, la température est 38°2 ; et le pouls bien frappé, est un peu plus accéléré à 128.

Le troisième jour, l'état local ne s'est pas modifié. Le pouls est toujours rapide, la température tend à baisser. Le malade se plaint d'un peu de gêne de la respiration ; on le fait asseoir pour l'ausculter ; il n'y a rien aux poumons ni au cœur, mais une demi-heure après avoir déplacé le malade, celui-ci présente une oppression extrême avec angoisse, toux, sueurs profuses, pouls filant, et il meurt quelques minutes après d'embolie foudroyante.

A l'autopsie, nous avons pu constater qu'il s'agissait de torsion intra-abdominale du grand épiploon.

OBSERVATION V. *M. Schœnholzer* (traduite par nos soins).

Une jeune fille de 20 ans arrive à la clinique le 2 décembre 1908 avec le diagnostic d'appendicite aiguë. La maladie débuta le 28 novembre, mais elle avait éprouvé quelques

jours auparavant, du côté droit de l'abdomen, des douleurs qui, d'abord légères, ne firent qu'augmenter de jour en jour, devinrent si violentes le jour précédant son entrée à l'hôpital, que le médecin ordonna le repos au lit et l'opium. Jusqu'alors la malade avait pu travailler comme de coutume, mais elle devait se reposer de temps en temps à cause des douleurs qu'elle ressentait dans le ventre. Jusqu'au 30 novembre, il y avait eu des selles, puis il y eut arrêt stercoral, mais les gaz passaient toujours. En juillet 1908, elle avait eut plusieurs attaques semblables qui duraient 1 ou 2 jours et se répétaient. — A son entrée à l'hôpital, le 2 décembre 1908 à 2 heures, on l'examine : C'est une personne d'une taille moyenne, forte, sa physionomie est souffrante ; elle a des douleurs dans le côté droit, T. 37°9, pouls à 120. Langue humide, blanche, respiration costale, ventre un peu ballonné, pas de contracture. On trouve, dans le côté droit de l'abdomen, une tumeur, grosse comme le poing, qui s'étend de la hauteur de l'ombilic jusqu'à dans la région iléo-cœcale. Ses limites précises sur son côté interne, le sont moins en dehors. A la percussion, dans la partie droite de l'abdomen, submatité. Entre la fosse iliaque et la tumeur zone avec du tympanisme. Pas d'ictère, pas de hernie. On met la malade en observation, glace sur le ventre. Les douleurs continuent, le soir T. 38°4, pouls à 132. Le facies devenant plus mauvais et la tumeur augmentant de volume en hauteur, on opère, 6 heures après l'entrée de la malade à l'hôpital :

On ouvre le ventre sur la tumeur ; pas de liquide dans l'abdomen ; l'épiploon est fortement œdématié, de coloration bleu foncé, avec des zones brillantes, graisseuses. Le doigt, introduit dans le ventre, trouve une tumeur de l'épiploon qui va jusqu'à l'entrée du petit bassin. On en détache les adhérences, on continue en haut et on reconnaît qu'on a affaire à une torsion de l'épiploon dont les tours de spire se répar-

tissent sur toute la hauteur de la tumeur, au nombre de quatre et dirigés de gauche à droite. L'épiploon est appendu en haut au côlon transverse par une corde solide en forme de tire-bouchon. Le côlon a la forme d'un M. Plus de la moitié de l'épiploon est prise par la tumeur. L'extirpation se fait facilement après ligature au catgut. Guérison sans complications; le 12 décembre la malade se lève et part le 17.

OBSERVATION VI. *M. Cernezzi*. (traduite par nos soins).

Ouvrier adulte porteur d'une hernie ancienne et assez volumineuse, hernie inguino-scrotale droite, ordinairement irréductible, présentait des accidents d'étranglement épiploïque depuis 5 jours. L'opération permit de constater une torsion de l'épiploon tendu entre deux points fixes, son insertion normale au côlon et son adhérence pathologique au sac herniaire. Il s'agissait donc là d'une torsion à la fois intra et extra-péritonéale par rotation entre deux points fixes. La résection du segment épiploïque tordu et la cure opératoire de la hernie inguinale furent suivies de guérison rapide.

OBSERVATION VII. *M. Schœnholzer* (traduite par nos soins)

J'eus l'occasion de voir une torsion secondaire de l'épiploon. A l'opération on trouve une torsion primitive de l'appendice qui avait eu comme suite une torsion secondaire de l'épiploon, qui lui était devenu adhérent, à la suite d'attaques antérieures d'appendicite. Le déroulement ne se fit pas parce qu'il y avait des formations fibrilleuses qui l'avaient fixé dans cette situation.

OBSERVATION VIII. *M. Lithauer* (traduite par nos soins).

W. W. boucher, âgé de 30 ans souffre depuis 10 ans d'une hernie inguinale droite. Le 7 janvier il tombe subite-

ment malade sans cause appréciable avec des douleurs très fortes du côté droit et sentit du côté gauche sous la peau une tumeur. Il se mit au lit. T. 38°3. Pas de vomissements, pas de nausées, il y avait des gaz, constipation. Le médecin admettait que la hernie s'était tordue, mais qu'en même temps, il y avait une appendicite. Le doigt s'introduit facilement dans le canal inguinal, mais ne peut pas passer au delà de l'orifice interne où il est arrêté par la tumeur abdominale. De plus par la palpation on trouve une tumeur dans le côté droit, de la grosseur d'une tête d'enfant et douloureuse à la pression. La percussion de la tumeur donne une sonorité un peu mate, normale pour le reste de l'abdomen. Pour tous ces faits on diagnostique une appendicite, mais contre cette hypothèse, parlait le peu de symptômes, la vitesse d'apparition de la tuméfaction; il y avait une belle ressemblance entre ce cas et les torsions de l'épiploon, si bien que j'émis l'hypothèse vraisemblable de torsion de l'épiploïque. A l'opération on trouve : Le contenu du sac herniaire est formé par une masse d'épiploon, grosse comme une pomme, traversée par des veines fortement dilatées, cette tumeur se continue par un pédicule avec une autre tuméfaction abdominale. On ouvre le ventre et il en sort une grande quantité de liquide séro-sanguinolent : on trouve une tumeur analogue traversée par des veines fortement dilatées, et de coloration brun jaunâtre.

Cette tumeur pend au côlon transverse par un pédicule mince qui est tordu de 180° de gauche à droite. Après l'avoir ligaturée, on l'enlève. Guérison.

OBSERVATION IX. (*M. Pierre de Marchettis*).

Un homme d'Este, qui se trouvait à l'hôpital de Padoue, avait une tumeur de la longueur d'une palme épaisse de 2 travers de doigt, qui faisait saillie dans l'aîne, là où est le pro-

cessus du péritoine, représentant assez bien un membre viril. Je m'enquis auprès du malade de l'origine de son mal, et comme il niait que ce fût une descente de l'intestin, je crus pouvoir conclure des renseignements qu'il me donna, que c'était de l'épiploon enroulé. Il avait été, en effet, atteint auparavant d'un bunocèle, puis d'un abcès qui, s'étant ouvert, laissa échapper l'épiploon. Celui-ci s'était enroulé peu à peu ; comme il était érodé, des bourgeons charnus s'étaient développés entre ces diverses circonvolutions et avaient pris la forme que j'ai dite. Je traitais de la manière suivante: après l'avoir purgé au préalable des humeurs trop abondantes, je coupai une partie de cette tumeur et j'agrandis la plaie jusqu'à ce que l'épiploon entortillé se fût montré au dehors. 2 ou 3 jours après, je le retranchai complètement jusqu'aux aines, j'obtins ensuite la cicatrisation à l'aide des digestifs, puis des dessicatifs accoutumés. Cet homme est encore bien portant et délivré de toute incommodité.

Les observations publiées jusqu'à 1908 sont résumées dans la thèse bien documentée de M. Fousseng. (Montpellier 1908).

CONCLUSIONS

- 1°. — La torsion du grand épiploon ou omento-volvulus, n'est plus une « curiosité rare » : elle est devenue d'une fréquence relative.
- 2°. — Il n'y a pas de torsion de l'épiploon sans épiploïte.
- 3°. — L'épiplocèle et toutes les inflammations intra-abdominales favorisent l'omento-volvulus.
- 4°. — Il y a des torsions sans hernie, intra-sacculaire, abdominales ou « en masse » et des torsions sans hernie, primitives ou secondaires.
- 5°. — Le mécanisme est complexe : tantôt l'omento-volvulus est dû à des causes externes, tantôt à des causes internes.
- 6°. — Cliniquement, le début est brusque en général : la symptomatologie rappelle l'étranglement herniaire dans la torsion intra-sacculaire, l'appendicite dans la torsion abdominale.
- 7°. — Le diagnostic est très difficile : la discordance entre le volume de la tuméfaction abdominale et la bénignité relative de l'état général, et surtout l'examen local permettent de différencier l'omento-volvulus avec l'appendicite.
- 8°. — Le traitement consiste dans la résection de l'épiploon malade.

Vu : le Président de la thèse,
PAUL SEGOND.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ADLER. — XXVI^e Congrès de la Soc. all. de chir. In *Semaine médicale*, 1907.
- ALLINGHAM. — *The Lancet*, 1900.
- ARCOLEO. — Studio e contributo clinica sulla torsione del grand epiploon. Morgani, Milano, 1909.
- BARACZ. — *Deuts. Zeits. f. Chir.* Leipz., 1900.
- BAYER. — *Centralblatt für Chir.*, avril 1898.
- BENDER. — *Bulletin de la Soc. anat. Paris*, oct. 1900.
- BLACKE. — *Annals of surgery*. New-York, 1903.
- BRIGGS. — Torsion of appendices épiploïcæ and its conséquences. *Am. j. M. soc. Phila.*, 1908, pp. 864-870.
- BROCA. — *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1902.
- BRUNET. — *Thèse Paris*, 1900.
- CAPELLE. — Netz-sarcome. *Beitr. zur Klinisch. chirurgie*. Tubing., 1910, pp. 181-182.
- CHAVANNAZ. — *Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.*, juin 1900.
- CAPELLE. — *Bulletin et mém. de la Soc. anat. Paris*, 1903.
- CERNEZZI. — *Clinica Chirurgica*, t. XVII, mars 1909.
- CORNER et GRANT. — A case of torsion of the great omentum and habitual reduction en masse. *Britt. M. J.*, London, 1908.
- CORNER et PRISCHES. — *Am. journal of the med. sciences*, août 1909.
- DAVISON. — *Plexus* Chicago, 1910, t. XVI, pp. 348-352.
- DEMONS. — *Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir. et Revue de chir.*, 1893.
- EISELSBERG. — *Deuts. Zeitsch. für Chir.*, Leipz., 1900.
- EITEL. — *Médical Record*, 1899.
- FINSTERER. — Ueber die Torsion des grossen Netzes. *Beitr. z. Klin chir.* Tubing., 1910, pp. 521-531.
- FOUSSENG. — *Thèse Montpellier*, 1907-1908.
- FÜLLER. — *Surg. Gynec. et Obst.* Chicago, 1908, pp. 231-243.

- GIRAudeau et VIGNARD. — *Arch. provinciales de chir.*, 1908.
GRANT (W.-W.). — *T. Colorado Med. Denver*, 1908.
GRANT. — *Surg., gynec. et obst.*, Chicago, 1908.
HADDA. — Die torsion des grossen Netzes. *Arch. f. Klin. Chir.*, Berlin 1910.
HEINLEIN. — *Muchener med. Woch.*, 1902.
HOCCHENEGG. — *Bulletin de la Soc. imp. de méd. de Vienne*, 1900.
IACOB-OVICI. — The torsion of the epiploon *Spitalal*. Bucaresci, 1910, t. XXX, pp. 201-206.
JAMES BALDIN. — *Annals of Surgery*, 1902.
JABOULAY. — Hernies (In *Traité de Chirurgie, Le Dentu et Delbet*, 1908.
KOTHE. — *Deuts. med. Wochensch.*, Leipz, Berlin, 1903.
KRONER. — *Deuts. med. W.*, 1904, Vereinsbeilage, p. 1625.
KUETTNER. — *Centralblatt f. Chir.*, 1903.
LITTHAUER. — Ueber die Netztorsion und Netzeinklemmung. *Deuts. Zeitsc. für Chir.*, Leipz., 1910, pp. 507-534.
LANCE. — Un cas de torsion de l'épiploon. *Paris chirurgical*, 1910, pp. 406-408.
LEMAITRE et LANCE. — Un cas d'épiploïte primitive probablement à pneumocoques, *Paris chir.*, 1910, pp. 408-410.
LEJARS. — *Semaine médicale*, 13 fév. 1907.
— *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, mai 1900.
LAPEYRE. — *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, février 1907.
LE DENTU et DELBET. — *Traité de chirurgie*, 1908.
LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, mai 1900.
MARKOL. — *New-York M. J.*, 1910. A case of torsion of the omentum.
MALHERBE. — *Archives provinciales*.
MAUCLAIRE. — *Revue de gynécologie*, Paris 1904.
MAYDL. — *Wien. Klinis. Rundschau*, 1895.
MARTINAUD. — *Thèse Bordeaux*, 1902.
MONOD. — In *thèse de Reygnier*, Paris, 1898-99.
MORESCO. — *Gazetta degli ospedali et della cliniche*, Milano, 1902.
MORESTIN. — *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1907.
NOBLE. — *Am. Journal of Obst.*, mars 1904 (in *Semaine médicale*, 1904).
NORDMANN. — *Centralblatt f. Chirurgie*, 1903.
OBERST. — *Centralb. f. Chir.*, 1882.

- PAYR. — XXXVI^e Congrès de la Société allem. de chir., avril 1907.
PECK. — *Medical Record*, février 1900.
PERAIRE. — *Bull. mens. soc. anat.*, 1907.
PÉRIER. — *Progrès médical*, avril 1909.
PLISSON. — *Société de méd. milit. française*, 1910.
POTHERAT. — *Bull. de la soc. de chir.*, Paris, mai 1900.
PRESTZSCH. — *Beitr. Klin. Chir.*, 1906, t. XLVIII, p. 118.
QUÉNU. — *Bull. et Mém. de la soc. de chir.* Paris, mai 1903.
RIEDEL. — *Werhandl der deuts. Gesellschaft für Ch.*, 1902, N^o 42.
RIEDEL. — *Munch. med. Woch.*, nov. 1905 (6 cas).
ROCHE. — *Thèse Paris*, 1905.
RUDLOFF. — *Wien. Rliss. Wochens.*
SCHÄENHOLZER. — *Ueber Netztorsion. Corresp. Blatt. für Chir.*, 1909.
SCUDDER. — *Annals of surgery*. Déc. 1904.
SEEFISCH. — *Deutsche med. Wochenschr.*, Leipz. 1909.
SIMOM (O). — *Munch med. Woch.*, oct. 1905.
SREEL (R. E). — *Am. J. Obst.*, 1907.
SMIDDT (de Nice). — *Bull. de la soc. chir.*, Paris 1906.
SMYTHE. — *Surgery, gynec. and obstetrics*, oct. 1906.
SONNENBOURG. — *Arch. et Mém. de la soc. anat.*, Paris, mai 1903.
SOULIGOUX ET DESCHAMPS. — *Bull. de la soc. anat.*, fév. 1901.
STEEWART. — *Journal of the amer. med. assoc.*, mars 1904.
STEINER. — *Gyogyaszat-Budapest*, 1910.
TIETZE. — XXVI^e Congrès de la soc. all. de chir., avril 1907.
TUFFIER. — *Bull. de la soc. de chir.*, Paris, mars 1906.
TRINKLER. — *Arch. russes de chirurgie de M. Weliaminoff*, 1902 (in thèse de Giraudeau, p. 80).
TRÉMOLIÈRES. — *Bull. et mem. de la soc. anat.*, Paris, oct. 1903.
VIGNARD ET GIRAudeau. — *Arch. provinc. de chir.*, 1903.
VALENCE. — *Arch. de med. navale*, 1908.
WALTER. — *Bull. de la soc. de chir. de Paris*, mai 1900.
WIART ET RENDU. — *Bull. soc. anat.*, fév. 1901.
WIENER. — Contribution à l'étude de la torsion intra-abdominale du grand épiploon. *Ann. de chir. de Philad.*, 1900.
WIESSINGER. — *Munch. med. Wochensc.*, 1901.
WHALEY. — *J. South Ca. M. Ass. Greenville*, 1908-1909.
ZELLER. — *Centralblatt für Chir.*, 1903.

